



Solicitud de transferencia de tecnología de asistencia

Fecha:

Nombre del niño o de la niña:

El individuo que solicita la transferencia de la tecnología de asistencia para el niño o la niña indicado(a) anteriormente debe completar la siguiente información.

Nombre:

Teléfono:

Relación con el niño o la niña:

Solicito la transferencia de la siguiente tecnología de asistencia: *(Sea lo más específico posible. Utilice hojas adicionales si es necesario.)*

Nombre del elemento:

Nombre de la marca:

Modelo o número de serie:

Esta tecnología de asistencia será transferida de:

Región de Primeros Pasos:

Esta tecnología de asistencia será transferida a:

Escuela/agencia/persona:

Distrito/Condado

Dirección:

Teléfono:

Firma de padre/cuidador:

Fecha de recepción en la agencia: _____

Firma de la agencia: Acusamos recibo de la solicitud escrita.

(Debe estar firmada y se debe devolver 1 copia al padre/cuidador dentro de los 10 días hábiles)

Certificación de la agencia de la decisión de transferencia de la tecnología de asistencia

Primeros Pasos de la región

aprueba (completar la sección 1 solamente)

rechaza (completar la sección 2 solamente) la solicitud de transferencia de tecnología de asistencia (assistive technology, AT)

Sección 1: (Primeros Pasos Local debe completar para la aprobación o la transferencia)

_____ No solicita el reembolso para que se transfiera la AT.

_____ Solicita el reembolso para que la AT se transfiera a un monto de \$ _____.

Hemos acordado mutuamente que el _____ sea la fecha de transferencia.

Niño(a)

Agencia receptora

Fecha de notificación de la fecha de transferencia. _____
(Se debe notificar padre o madre/cuidador(a) en un plazo de 30 días hábiles a partir de la solicitud original.)

La agencia receptora asumirá la responsabilidad del apoyo, mantenimiento, reparación o reemplazo del dispositivo a partir de la fecha de transferencia.

Sección 2: (Complete para la negación o la transferencia)

Indique las razones para la negación:

Firma de la agencia _____ Fecha _____